

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

89

ANNÉE 1933

No

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

André JULIEN

Né à Petit-Bourg (Martinique) le 2 Septembre 1901

L'ÉRÉTHISME PULSATILE
DE L'AORTE ABDOMINALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES DYSPEPSIES

(Dyspepsies pulsatiles)

Président : M. CARNOT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

André JULIEN

Né à Petit-Bourg (Martinique) le 2 Septembre 1901

L'ÉRÉTHISME PULSATILE
DE L'AORTE ABDOMINALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES DYSPEPSIES

(Dyspepsies pulsatiles)

Président : M. CARNOT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1933

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ Marce LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	{ LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	{ NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	{ H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{ GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	{ GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	{ LEMIERRE.
	{ LENORMANT.
Clinique chirurgicale	{ CUNÉO.
	{ GRÉGOIRE.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	{ TERRIEN.
Clinique urologique	{ LEGUEU.
	{ COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	{ J.-J. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	{ OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	{ RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	{ LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	{ Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	{ SERGENT.
Clinique de la tuberculose	{ Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	{ MATHIEU.
	{ HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	{ MAUCLAIRE.
	{ MULON.
	{ VERNE.



II — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE .. Neurologie et Psychiatrie
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BROCCQ..... Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL..... Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI .. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 OLIVIER..... Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimen-
 tale et comparée.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur)..... Pathologie médicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.
 VELTER Ophthalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERRER Histologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DU COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
N.....	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	LE LORIER.....	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER...	Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé...		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Dont toute une vie de labeur
et de sacrifices me vaut au-
jourd'hui l'honneur d'être ce
que je suis.*

*Puisse ce travail, combien
modeste, leur assurer que leur
exemple n'est pas perdu et
leur apporter un peu de ce
bonheur et de cette paix aux-
quels ils ont droit après une
existence si bien remplie.*

A MON FRÈRE EUSTACHE

A MON FRÈRE LOUIS

A MA SŒUR MARIE-BERNARDINE

Ce témoignage de reconnaissance infinie. Puissè-je être un jour au près de leurs enfants ce qu'ils ont été auprès de moi.

A MON FRÈRE FRANÇOIS

A MON BEAU-FRÈRE RENÉ MÉRIL

A MES NEVEUX

MAURICE JULIEN, ANDRÉ ET MAX MÉRIL

A MES NIÈCES

MARCELLE ET MARIE JULIEN, MAGGY
ET HUGUETTE MÉRIL

A TOUS MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR P. CARNOT

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse.*

*Hommage de notre grati-
tude et de notre profond res-
pect.*

A NOTRE JURY DE THÈSE

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL JACQUET

Médecin des Hôpitaux

*Qui nous a inspiré le sujet
de cette thèse, témoignage de
respectueuse affection et de
reconnaissance pour le con-
cours qu'il a apporté à notre
formation médicale et pour
les conseils précieux qu'il nous
a prodigués au cours de ce
travail.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. BAUDOUIN

Médecin de l'Hôtel Dieu

Professeur de Pathologie et de Thérapuetique générales
à la Faculté de Médecine

*Hommage de notre pro-
fonde reconnaissance.*

A M. LE DOCTEUR L. GALLY

Radiographe de Necker

*En remerciement des ser-
vices qu'il nous a rendus.*

A M. LE DOCTEUR A. R. SALMON

Chef de clinique à la Faculté

*Témoignage de reconnais-
sance et de gratitude.*

A MES MAITRES

DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

AVANT-PROPOS

Le sujet que nous traitons dans cette thèse, nous a été inspiré par notre maître, M. le Docteur Paul JACQUET, que nous avons eu la bonne fortune de rencontrer à l'Hôpital Laënnec, alors qu'il était assistant de notre maître, M. le Professeur BAUDOUIN.

C'est à ces deux cliniciens de talent que nous sommes redevable de presque tout ce que nous avons appris pendant le cours de nos études médicales.

Au Docteur JACQUET, une très vive sympathie nous a vite conquis, et depuis Laënnec, où nous allions à sa consultation du Tube digestif, du mercredi, nous l'avons à peu près suivi dans ses différentes consultations de gastro-entérologie, où toujours un accueil des plus bienveillants et des plus courtois nous était réservé. Par lui, nous avons eu l'attention sans cesse attirée sur un groupe de malades, un peu particulier, et présentant des troubles épigastriques et dyspeptiques, à l'origine desquels on relevait assez fréquemment une poste gastro-intestinale, une appendicite ou une cholécystite chronique, un ulcus gastro-pylorique, une colite simple, parfois même un trouble endocrinien ou une affection gynécologique.

A ces malades présentant tous « le même air de famille » on pouvait relever un symptôme des plus fréquents : l'Eréthisme *pulsatile de l'aorte abdominale*, s'accompagnant de douleur plus ou moins nette, d'un état d'endolorissement, ou d'un malaise presque indéfinissable de la région épigastrique.

Presque tous ces malades, calqués les uns sur les autres, semble-t-il, se plaignent d'aérophagie, d'un état nauséux fort désagréable, d'éblouissements et de vertiges.

Ces troubles nous ont paru faire partie d'un même syndrome, à l'étude duquel, sous le nom de : « *Eréthisme pulsatile de l'aorte abdominale. Contribution à l'étude des Dyspepsies. (Dyspepsies pulsatiles)* », nous consacrons aujourd'hui notre thèse de Doctorat en médecine.

A notre Maître JACQUET, aux Docteurs A.-R. SALMON et L. GALLY, à tous ceux qui nous ont aidé au cours de nos recherches, nous adressons nos remerciements les plus sincères.

HISTORIQUE

Les symptômes traduisant les réactions du plexus solaire, de causes variables, ont été observés de tous temps. Tous les auteurs, sous des dénominations diverses, et avec quelques particularités différentes pour chacun d'eux, ont attiré l'attention sur les deux symptômes cardinaux que sont la douleur et les battements épigastriques.

Mais, il faut le reconnaître, si une importance très grande a été accordée à ce signe subjectif qu'est la douleur, il semble bien, dans l'ensemble, qu'on n'ait pas accordé aux battements la place qui leur revenait, tant dans les observations que dans les appréciations cliniques.

Néanmoins, nous avons pu trouver, dans la littérature médicale, plusieurs observations où ils ont été admirablement bien décrits.

Les auteurs anciens, frappés par ce phénomène extraordinaire, se sont vite rendus compte qu'il n'était point dû à un « anévrisme interne de l'aorte », et ils ont cherché ailleurs sa valeur et sa signification. Nous croyons intéressant de citer quelques opinions de vieux médecins, car ce signe, pas plus que d'autres,

n'a échappé à leur observation rigoureuse et à leur bon sens clinique.

Déjà, Hippocrate, dans son « Traité des maladies populaires » rapporte l'histoire de trois malades, présentant des battements extrêmement pénibles dans l'abdomen. Chez une de ces malades, ils se sont installés avec la suppression des règles.

Nous constatons avec Samuel COOPER, que la question est restée dans l'ombre jusqu'à la seconde moitié du ^{xvii}^e siècle, car nulle part, dit-il, on n'en fait mention.

Un grand nombre d'auteurs du ^{xviii}^e siècle, et de la première moitié du ^{xix}^e siècle, ont repris la question, et rattachent ce trouble à l'hypocondrie, à l'hystérie... en font, en un mot, un symptôme de quelque maladie nerveuse.

SÉNAC a observé les pulsations abdominales chez les hypocondriaques et chez les chlorotiques ; il en fait une maladie nerveuse parce qu'elles disparaissent sans laisser de traces. De même HOGSON, ZULIAMI et PINEZL, considèrent les battements comme un symptôme de l'hypocondrie.

Pour le Docteur ALBERS, de Bremen, qui s'en est beaucoup occupé, ce signe constitue un symptôme de quelque affection nerveuse.

PARRY, tout en insistant sur le facteur nerveux, incrimine « l'action augmentée du cœur », dans la production de ces pulsations. D'autre part, elles peuvent être dues à la compression exercée par quelque corps solide sur l'aorte abdominale.

La cause la plus fréquente, d'après cet auteur, est donnée par l'accumulation des matières fécales dans le colon.

Mais, si la plupart de ces auteurs localisent nettement les pulsations dans les gros vaisseaux du bas ventre, il en est d'autres qui donnent une explication différente.

SCHMIDTMANN, par exemple, les attribue à une oscillation spasmodique des fibres musculaires de l'estomac et de l'intestin.

COOPER, chez qui nous avons largement puisé, et qui dans son *Dictionnaire pratique de chirurgie*, fait un résumé de la plupart des travaux publiés sur ce sujet, dit avoir observé un cas de large abcès des lombes accompagné de pulsations fortes et distinctes correspondant à celles de l'aorte. Et pour lui, ces battements pourraient résulter de la faculté que possèdent certaines personnes, de faire « entrer en contractions convulsives, des portions différentes des muscles droits ».

Allan BURNS, un des auteurs qui s'est le plus occupé de cette question, distingue des battements épigastriques dus à une inflammation chronique du cœur. Le cœur tiraille à chaque contraction le péricarde et produit l'élévation du diaphragme et du foie, lesquels communiquent en redescendant (une fois le ventricule dilaté), une impulsion à la région épigastrique. (*On diseases of the heart*, 1908.) Les indurations, les tumeurs du diaphragme, en sont parfois la cause.

Si la description et la pathogénie de ce phénomène

ont attiré l'attention de ces auteurs, il en a été de même du diagnostic. D'une façon générale, nous remarquerons que ce sont les signes différentiels de cette affection d'avec l'anévrisme qui les a surtout préoccupés (ALBERS, en particulier).

LAENNEC avoue dans son *Traité de l'Auscultation médiate*, avoir été « témoin, ou avoir pris ces battements pour ceux d'un anévrisme ».

C'est un médecin peu connu et peut-être complètement oublié, J. P. T. BARRAS, qui en 1827, dans son *Traité sur les Gastralgies et les Entéralgies* fait le point de ces travaux et donne une description vraiment remarquable de ce trouble.

Nous citerons quelques passages de cet ouvrage, où le sens clinique, l'esprit d'observation de cet auteur ne sont jamais en défaut : « Un autres symptôme, assez fréquent dans le gastro-entéralgie, et qu'on n'observe pas dans la gastro-entérite, ce sont des battements extraordinaires à la région épigastrique, ou dans quelqu'autre partie de l'abdomen ; sensibles à la main, quelquefois même à l'œil, et fort incommodes pour les malades, ils pourraient faire croire à l'existence d'un anévrisme de l'aorte, ou du tronc coeliaque : la méprise est d'autant plus facile, qu'ils peuvent coïncider avec une tumeur formée par des matières fécales, ou des gaz amassés dans le colon transverse » (page 149).

Autre part : contrairement à l'opinion d'Allan BURNS et de SCHMIDTMANN, dit-il, « ...nous pensons avec BONNET, SÉNAC, MORGANNY, PARRY, ALBERS,

de Bremen, que le spasme qui donne lieu à ces battements a fréquemment son siège dans les gros vaisseaux artériels du bas ventre ».

En résumé, nous constatons que toute cette période du XVIII^e et du commencement du XIX^e siècle, fertile en observations et en explications se rapportant aux pulsations abdominales, est dominée par les travaux de deux auteurs : ALLAN BURNS et ALBERS de Bremen, travaux spécialement consacrés à l'étude de cette question. Les battements épigastriques ont été bien décrits et séparés de ceux de l'anévrisme. L'explication varie avec les auteurs, mais presque tous les considèrent comme très fréquents chez les hypocondriaques et chez les nerveux. Le Docteur ALBERS s'explime ainsi : « Le malade est atteint d'hypocondrie, de mélancolie, d'hystérie, ou de toute autre affection nerveuse... l'anévrisme est peu probable. »

Pratiquement, on peut dire, tout se borne, en fin de compte, à la constatation de ce symptôme. Et ce n'est que plus tard, à la suite de travaux expérimentaux, et de certaines constatations cliniques, qu'une explication plus rationnelle pouvait être donnée, et chose plus importante, que les battements épigastriques pouvaient être groupés dans un syndrome précis, nous voulons parler des solarites.

Nous ne pensons pas faire ici l'historique des solarites, dont on trouvera un exposé remarquable dans la thèse du professeur LAIGNEL-LAVASTINE. Ce qui nous intéresse, ce sont les battements de l'épigastre ;

et c'est le mérite de JABOULAY et de ses élèves, de TERMIER en particulier, d'avoir rattaché ce trouble à une perturbation du plexus solaire.

Son « Syndrome solaire douloureux » se caractérise essentiellement par des battements du creux épigastrique, par le gonflement et la parésie des anses intestinales. JABOULAY insiste sur le facteur névropathique, et il a montré d'autre part que par l'intervention sur le plexus solaire, il a pu faire disparaître les battements.

LAIGNEL-LAVASTINE, par des recherches sur les solarites, a grandement contribué à la vulgarisation de cette opinion.

MATHIEU et J.-C. ROUX se révoltent contre différents auteurs, et particulièrement contre BENECH, qui a décrit, sous le nom d'aortite abdominale, un syndrome caractérisé par des douleurs sur le trajet de l'aorte, une dilatation de cette artère, des battements, etc.

Pour ces auteurs, ce syndrome est dû à une hyperesthésie solaire ; c'est également l'opinion de M. LOEPPER.

Pour MOUTIER, les crises solaires sont essentiellement caractérisées par deux symptômes : douleur et battements épigastriques.

Tous ces auteurs insistent sur le facteur névropathique des sujets atteints de ces troubles.

TADDEI, sous le nom de « Sympathicose abdominale », a décrit un syndrome dyspeptique vague (avec des douleurs tout le long de l'aorte et quelque-

fois des artères iliaques), qu'il rattache à un trouble du plexus solaire consécutif sans doute à la résorption de la toxine tuberculeuse.

Cet auteur, il faut le dire, n'insiste pas particulièrement sur les battements aortiques.

Récemment, un auteur de Marseille, J. TURRIÈS, a étudié sous le nom de « Coelialgie syphilitique », un syndrome solaire avec douleur et battements épigastriques, etc., et qu'il croit être l'expression d'une lésion syphilitique du système nerveux intra abdominal (plexus solaire).

Et nous arrivons pour terminer, à l'œuvre de notre maître Paul JACQUET, qui depuis plusieurs années, et dans des publications fort nombreuses, a montré toute la valeur sémiologique et diagnostique des battements épigastriques existant indépendamment de tout phénomène de crise. Ce signe, s'associant la plupart du temps à tout un cortège de symptômes digestifs et extra-digestifs, constitue le pivot d'un syndrome que nous nous proposons d'étudier dans cet exposé, sous le nom d'éréthisme pulsatile de l'aorte abdominale chez les dyspeptiques.

ÉTUDE CLINIQUE

SYMPTOMATOLOGIE

Les battements épigastriques sont quelquefois assez discrets pour ne pas attirer l'attention des malades. Ils constituent alors une trouvaille d'examen. Ils sont perçus en plein épigastre, à deux ou trois centimètres au-dessous de la xiphoïde. En déprimant la paroi abdominale, à ce niveau, la main qui palpe reçoit une impulsion plus ou moins forte, synchrone de la systole cardiaque, et qui se traduit par un soulèvement des doigts de 4 ou 5 millimètres, et parfois davantage.

On peut, lorsqu'ils sont assez prononcés, les suivre tout le long de l'aorte abdominale, le long des artères iliaques, jusqu'au triangle de Scarpa.

Dans certains cas, ces battements sont assez accusés pour attirer l'attention du malade, qui vient consulter pour cardiopathie. A l'inspection, la région épigastrique peut montrer de petits soulèvements rythmiques qui pourraient faire croire que l'aorte est le siège d'une dilatation morbide.

Dans le *Dictionnaire de chirurgie* de Samuel COOPER, nous extrayons ce passage : « ...Nous ajouterons l'observation donnée par PECHLIN d'une femme qui présenta une complication de différents symptômes, parmi lesquels un seul réclame ici l'attention : c'est un battement très pénible dans l'abdomen ; il devenait évident pour le médecin lorsqu'il plaçait sa main sur la ligne blanche, et correspondait aux pulsations du poulx. La malade s'imagina qu'elle portait un monstre dans le ventre... » (*Pechlini observationum physico-medicarum, libri tres*, Hamburgi 1694, lib. II obs. 6).

Chez le même auteur, nous trouvons un autre passage, aussi intéressant que le premier et qui fait ressortir toute l'importance que peut prendre cet éréthisme aortique : « ...Un homme de 40 ans, très hypocondriaque, extrêmement oppressé, ayant une constipation très opiniâtre, se plaignait au docteur ALBERS qu'il lui semblait que son cœur était descendu dans son ventre, et qu'en cet endroit, un battement continuel le tourmentait horriblement. En effet, un examinant l'abdomen, le docteur ALBERS sentit de fortes pulsations, et, ce qui est plus étonnant, il put les suivre, non seulement le long de l'aorte, mais encore sur le trajet de l'artère iliaque gauche... » (ALBERS, *Ueber pulsationem in unterleibe*, Bremen 1803).

Si les battements passent en général inaperçus, il n'en est pas de même des douleurs épigastriques.

A vrai dire, il ne s'agit pas de douleurs, mais d'une

sensation douloureuse vague, d'une pesanteur de la région épigastrique.

Ce malaise extrêmement pénible s'accompagne de découragement d'anxiété, et quelquefois de sensations bizarres : il semble à certains sujets que l'estomac se gonfle et se remplit outre mesure ; chez d'autres, c'est une sensation de constriction ; à quelques-uns, il semble qu'il soit suspendu, isolé des parties environnantes. Souvent, ils y éprouvent une chaleur vive ou un froid glacial, comme si un coup de vent frappait la muqueuse digestive ; d'autres fois, c'est un sentiment de formication, analogue à celui que produirait une araignée qui se promènerait sur cette membrane.

Dans certains cas, la sensibilité des organes digestifs est si vivement exaltée, que les malades leur rapportent toutes les sensations qu'ils éprouvent. Telle cette femme qui écrivait au professeur PINEL : « ...Le principe de tous mes maux est dans mon ventre ; il est tellement sensible, que : peine, douleur, plaisir, en un mot, toutes espèces d'affections morales ont là leur principe. Un simple regard désobligeant me blesse cette partie, si sensiblement que toute la machine est ébranlée... je pense par le ventre, si je puis m'exprimer ainsi. » (*Nosog. Philosoph*, t. III.)

Il ne s'agit là, évidemment, que d'une perversion de la sensibilité gastrique qu'on ne voit que rarement, et surtout chez les sujets qui ont abusé des anti-phlogistiques.

Quels sont les principaux caractères de ces malaises

gastriques ? Tout d'abord, on peut dire qu'ils paraissent sans rapport avec l'acte prandial, car ils ne semblent nullement influencés par les écarts de régime, et même, souvent ils sont exacerbés par les restrictions alimentaires et les régimes sévères auxquels se soumettent d'eux-mêmes certains malades, dans l'espoir de les atténuer.

Ces douleurs gastriques ne sont généralement pas calmées par la thérapeutique usuelle, par les classiques pansements gastriques en particulier.

Elles sont favorablement influencées par le repos en position étendue, ou par l'alitement, pourvu qu'ils soient suffisamment prolongés, par l'application d'une source de chaleur sur le creux épigastrique, ou par la diathermie de la même région.

Enfin, ces douleurs, comme les battements d'ailleurs, sont influençables par le traitement belladonné, par l'érésine.

Battements et douleurs épigastriques ne sont pas toujours les seuls symptômes pour lesquels les malades viennent consulter. On les voit aussi pour tout un ensemble d'autres malaises sinon pénibles, du moins extrêmement désagréables, au nombre desquels les *troubles digestifs* sont au premier plan.

C'est d'abord un ballonnement abdominal, plus ou moins considérable. Puis des éructations, qui sont résultat d'une aérophagie ou d'une aérocolie plus ou moins importante. Une constipation opiniâtre, qui semble s'aggraver par un emploi abusif des laxa-

tifs. Elle alterne très souvent d'ailleurs avec une diarrhée séreuse par petites émissions répétées.

Des régurgitations fréquentes ; parfois une sialorrhée abondante au point d'être gênante ; un état saburral des voies digestives, de la fétidité de l'haleine des bouffées de chaleur, de la lourdeur et de la somnolence après les repas, des nausées très désagréables avec de simples pituites dans les formes légères, et dans les formes graves des vomissements alimentaires ou bilieux, rappelant ceux de la grossesse, ou de certains Basedow, tels sont les principaux troubles qu'assez fréquemment nous avons relevés chez un grand nombre de nos malades.

Parmi les principaux troubles vaso-moteurs, nous mentionnerons des palpitations, de la pécordialgie, de la tachycardie d'effort ou post prandiale qui peuvent à première vue en imposer pour une cardiopathie.

Une place spéciale doit être réservée aux troubles psychiques.

Dans aucune autre affection, en effet, le physique ne retentit avec autant d'intensité sur le psychique. Ces malades sont des asthéniques ; ils sont incapables d'une attention soutenue, incapables d'un effort intellectuel, ce sont comme on l'a si bien dit « des fatigués à perpétuité ». On les voit alors abandonner leur profession, avec dans l'idée qu'ils sont incapables de rien, impropres à tout.

Véritables hypocondriaques, ils sont encore obsédés par la crainte d'un mal redoutable ; ils pensent au

cancer, à l'ulcère, à la tuberculose débutante ; ils veulent être radiographiés à tout prix, et sont prêts à toute intervention que l'on jugerait utile.

Nous parlerons enfin des troubles généraux. C'est en premier lieu un amaigrissement considérable, qui est l'aboutissant inévitable de tous les troubles dyspeptiques mentionnés, et aussi le résultat des restrictions alimentaires volontaires, ou de celles apportées par le régime. Quelquefois, ces phénomènes de dénutrition sont si rapides, si accentués qu'on ne peut les expliquer.

Ces malades sont en général pâles, et leur état de maigreur est telle, qu'on ne peut s'empêcher quelquefois, d'interroger longtemps les poumons, et de se livrer à toutes les investigations utiles en vue de déceler une bacilliose en évolution ou débutante, et que nous n'avons pas eu l'occasion de relever avec la fréquence que signale TADDEI.

Une céphalalgie aussi bien diurne que nocturne rend tout exercice intellectuel ou toute existence impossible à ces sujets. Leur céphalée si elle n'est pas persistante est des plus capricieuse, sans horaire fixe.

Il n'est pas rare que nos malades nous signalent des vertiges. De courte durée (20 à 30 secondes, rarement une minute ou deux) ces vertiges se reproduisent six à huit fois, et quelquefois plus souvent dans une même journée. Ils ne se voient que dans l'orthostasie et disparaissent dans le décubitus. Ces vertiges, enfin, n'aboutissent jamais à une perte de connaissance du sujet.

Certains de nos malades se plaignent d'insomnie rebelle et persistante. Chez d'autres, c'est le sommeil profond, avec de fréquents cauchemars, et laissant au réveil cette grande courbature, cette impression d'écrasement, de douleur vague des masses musculaires (lombes, mollets)...

Des troubles visuels fréquents attirent l'attention de ces malades. Certains ont l'impression, et plusieurs fois dans une même journée, de se trouver comme dans un véritable brouillard, qui leur rendrait momentanément impossible la perception du monde extérieur. Ce phénomène serait de très courte durée, 4 à 5 secondes en moyenne, rarement dix.

D'autres signalent un trouble visuel des plus bizarres, ils ont par moments l'illusion d'avoir les yeux « comme remplis d'étincelles », pour employer l'expression d'une de nos malades. Chez d'autres, c'est l'éternelle mouche volante qui se promène dans le champ visuel, et qui incommode le malade au point de lui détourner l'attention du monde qui l'environne.

Souvent, les malades accusent des troubles respiratoires. C'est une sensation de constriction de la base du thorax ; ils sont gênés pour respirer, et éprouvent une difficulté très grande à remplir d'air leurs poumons.

Enfin, il n'est pas rare qu'un fébricule soit signalé. C'est en général une température oscillant autour de 37°5 et qui rarement atteint 38°.

Certains malades ont quelquefois cette sensation

de fièvre, et il n'est pas surprenant qu'ils avouent que, plusieurs fois dans une même journée, ils prennent une température qui est normale.

Ce qu'il importe de signaler, dès à présent, c'est le rapport quasi constant qui existe entre, d'une part, les battements et des douleurs épigastriques, et de l'autre, tout le cortège des petits troubles que nous avons décrits au cours de cet exposé. Il semble en effet, qu'il se trouve une relation très étroite entre eux : tous ces troubles diminuent en même temps que les battements voient décroître leur amplitude, ils augmentent d'intensité quand ceux-ci se renforcent.

ÉTIOLOGIE

Les battements épigastriques se rencontrent environ chez les 30 % des malades qui fréquentent les consultations de gastro-entérologie.

On les voit dans les deux sexes, mais beaucoup plus fréquemment chez les femmes.

Il s'agit en général de femmes jeunes, entre 20 et 40 ans. On les a observés au-dessous de 20 ans, comme au-dessus de 40, mais rarement.

Le déclenchement de l'éréthisme aortique reconnaît des causes diverses qui souvent nous échappent. Ce peut être un surmenage physique longtemps prolongé, une période passagère d'amaigrissement, un choc moral quelconque, une perturbation passagère ou épisodique des fonctions digestives.

On les rencontre associées aux lésions du tube digestif à caractère de ptose, ou dans les lésions inflammatoires (chroniques ou aiguës) de ce tractus

Notre maître Paul JACQUET, compilant les dossiers d'une consultation de gastro-entérologie portant sur deux années, trouve dans 39 % des cas des ptoses vérifiées radiologiquement. Dans 8 % des cas, cette

ptose est associée à une lésions organique ou à une intervention ancienne.

KREYTS, d'autre part, sur 100 malades qu'il observe et qui présentent des battements, diagnostique 43 fois la ptose gastro-intestinale isolée et 9 fois une ptose associée à une lésion organique.

Nous voyons donc que pour ce qui concerne la ptose gastro-intestinale ou la ptose associée, nous pouvons nous résumer ainsi :

Ptose gastro-intestinale	42	% des cas
Ptose gastro-intestinale associée	8,5	% des cas

Après la ptose, ce sont les lésions inflammatoires (chroniques ou aiguës) du tube digestif, qui se trouvent le plus souvent associées à ces battements.

Ces lésions s'échelonnent du cardia, à l'angle colique gauche. Rarement, en effet, le colon descendant et le colon recto-sigmoïdien sont en jeu.

Parmi les lésions chroniques, notre maître JACQUET diagnostique l'appendicite chronique ou des séquelles douloureuses d'appendicectomie dans 17 % des cas.

KREYTS, sur ses 100 malades, trouve 18 fois l'appendicite chronique ou la périviscérite.

Donc, l'appendicite chronique, les séquelles douloureuses d'appendicectomie ou la périviscérite ont été relevées 17,5 fois par les deux auteurs précités.

Viennent comme causes de moindre fréquence, et par ordre de grandeur décroissante : cholécystite ou séquelles de cholécystite 5 % des cas ; colite

simple, 4 % ; ulcüs duodéno-pylorique 4 % des cas ; maigreur généralisée 2 % des cas.

Donc, en résumé, pour ce qui concerne le tube digestif, nous pouvons dresser le tableau suivant :

Ptose gastro-intestinale	42	%
Ptose gastro-intestinale associée	8,5	%
Appendicite chronique	17,5	%
Cholécystite	5	%
Colite simple	4	%
Ulcus duodéno-pylorique	4	%
Maigreur généralisée	2	%
Cas pour lesquels aucun diagnostic précis n'a pu être porté	17	%

En dehors du tube digestif et des annexes, l'éréthisme de l'aorte abdominale se trouve souvent associé à des troubles endocriniens. Deux glandes à sécrétion interne vont retenir notre attention dans cette étude : la thyroïde et l'ovaire.

Les battements épigastriques se voient souvent dans la maladie de Basedow, comme si l'éréthisme du système carotidien se propageait à l'aorte abdominale et aux artères iliaques.

Ce fait n'est pas nouveau, puisque en 1827, J.-P. BARRAS le décrivait dans un traité remarquable (1) d'où nous extrayons ce passage : « ...une chose primitive, c'est qu'il existe beaucoup de circonstances où ils (les battements aortiques) sont iso-

(1) J. P. BARRAS, *Traité sur les gastralgies et les entéralgies, ou Maladies nerveuses de l'estomac et de l'intestin*. Edit. Béchet jeune, libraire de l'Académie royale de Médecine, 4, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

chrones du poulx, et où les carotides, ainsi que les autres artères superficielles des hypocondriaques et des femmes hystériques, offrent le même phénomène... »

Cliniquement, ce sont les types de Basedow les plus difficiles à traiter et les plus pénibles. C'est dans ces cas qu'on a des troubles digestifs et les crises abdominales douloureuses, si fréquentes dans cette maladie.

Ces cas peuvent être facilement différenciés du syndrome thyroïdien, car le métabolisme basal qui a été mesuré par différents auteurs s'est révélé normal, et ce de façon constante. En outre, il n'existe pas de modification de la glande elle-même, ni de modification oculaire.

Après la thyroïde, l'ovaire. Les battements épigastriques se montrent souvent associés aux perturbations de cette glande. Cliniquement, on les trouve chez des femmes faisant de l'insuffisance ovarienne ; on les voit s'accroître à la période menstruelle.

Ils sont aussi l'apanage de femmes tourmentées par une ménopause chirurgicale ou naturelle.

Dans son *Dictionnaire pratique de chirurgie*, Samuel COOPER rapporte un cas très intéressant de battements survenus chez une femme arrivée à la ménopause et qui furent observés par HIPPOCRATE.

Très souvent, la cause du syndrome que nous étudions doit être recherchée dans les affections du petit bassin.

Il existe quelques observations où, chez l'homme, la prostate a été incriminée.

Chez la femme, c'est surtout l'utérus qui est en cause.

Les malades atteintes d'affection utérine souffrent de l'estomac et présentent quelquefois des battements épigastriques. Elles s'égarent alors dans les services de médecine où elles sont soignées comme des dyspeptiques, concurremment ou non avec un traitement gynécologique qu'elles suivent par ailleurs, sans qu'on saisisse toujours les rapports qui existent entre des deux affections.

La dyspepsie utérine revêt la forme douloureuse, et la gastralgie pure en est la forme habituelle.

Ces malades ont des douleurs gastriques, et c'est pour leurs douleurs qu'elles viennent consulter.

Chez une première catégorie de malades, notre maître JACQUET et Ch. GIRODE relèvent la métrite.

Nous devons dire que la gastralgie des métritiques est habituellement modérée. D'autre part, elle est vraisemblablement complexe, car elle se montre souvent associée à des éléments d'infection, de colite, d'amaigrissement et de ptose. Elle est en outre d'une extrême fréquence et l'on doit y songer.

Chez une autre catégorie de malades, moins nombreuses, les auteurs précédents ont trouvé un utérus rétroversé ou enclavé dans le petit bassin. A la vérité, on doit dire que la rétroversion utérine ne s'accompagne pas habituellement de symptômes gastralgiques, et que c'est surtout l'enclavement pelvien de

l'utérus, souvent gros, et tombé en arrière, qui semble conditionner ces troubles.

Ici la gastralgie est plus vive que chez les malades précédentes. Elle est obsédante, et s'accompagne d'un état de nervosité particulier des sujets.

Pour TADDEI, le syndrome en question se verrait chez des malades présentant de légères lésions pulmonaires, décelables radiologiquement ou par un examen minutieux.

Dans leurs antécédents, on trouverait quelquefois l'existence d'adénite cervicale de l'enfance, de pleurésie... la toux manquerait presque toujours, ainsi que l'expectoration et l'hémoptysie. Chez eux, on observerait souvent de l'enrouement, et un besoin incessant de dégager la gorge.

Par contre, ce syndrome ferait défaut chez les tuberculeux fébriles, dans les cas d'infiltration avec cavernes, et dans les tuberculoses osseuses, articulaires, péritonéales...

Les battements épigastriques, s'associant à l'incurvation et à l'élargissement de l'aorte, font partie du syndrome de l'aortite abdominale décrit par le professeur LOEPER.

Pour MOUTIER, les troubles solaires, troubles essentiellement douloureux et vaso-moteurs, accessoirement sécrétoires, se verraient chez les malades atteints de rétrécissement mitral.

Enfin, quand aucune des causes mentionnées ci-dessus n'aura été trouvée, on devra penser à la syphilis. Selon MARCERON, en effet, la syphilis récente et en

activité paraît susceptible de déterminer ce syndrome. Aussi, chez des sujets jeunes et présentant les troubles que nous avons décrits, en dehors de toute lésion reconnue du tube digestif, en dehors de toute insuffisance glandulaire, en dehors des autres lésions ou malformations que nous avons signalées, doit-on pratiquer la réaction de Bordet-Wassermann.

Dans le même ordre d'idées, J. TURRIÈS a étudié un syndrome caractérisé par une douleur avec sensation de crampes, de torsion, de brûlure dans la région épigastrique, aorte souple mais battante, et toute entière battante, et toute entière sensible. Chez ces individus, il a pu mettre en évidence des manifestations d'infection syphilitique, et de dystonie neuro-végétative.

Le traitement spécifique institué dans ces cas lui aurait donné des résultats certains et durables (J. TURRIÈS : *Les coelialgies syphilitiques*).

PATHOGÉNIE

Les battements aortiques n'ont en eux-mêmes qu'une valeur relative. L'éréthisme vasculaire est chose banale et n'a aucun rapport avec les lésions même du vaisseau.

La dilatation de l'aorte que certains auteurs pensent avoir trouvée est souvent apparente, et sa sensibilité plus ou moins grande est de règle chez les dyspeptiques, et chez les entéritiques. Le diagnostic est d'ailleurs difficile à faire, à moins qu'on ne constate l'inégalité ou l'irrégularité du vaisseau, à plus forte raison une ectasie ou une déviation.

La pathogénie des battements aortiques est assez délicate. Dans quelques lésions où l'anévrisme et l'aortite sont évidents, où les lésions de péri-aortite soudent le vaisseau aux tissus voisins, où l'inflammation gagne les filets nerveux, l'origine nerveuse de cet éréthisme est nettement évidente. Il serait le pendant moteur de l'excitation du sympathique abdominal, comme la crise douloureuse dont nous parlerons dans un instant est la réponse sensitive du même plexus.

C'est alors la crise de névrite solaire, qui sous différents noms a été décrite par un assez grand nombre d'auteurs.

Quand les lésions sont discrètes et limitées, et que le système nerveux peut être considéré comme intact, l'hypothèse de névralgie solaire est encore vraisemblable. Ainsi pense M. LOEPER.

TERMIER, élève de JABOULAY, pense que ce sont les troubles de l'innervation des tuniques musculaires de l'intestin, et de la circulation abdominale toute entière qui domine la scène clinique : «...L'impression que l'on a, dit-il, c'est de se trouver en présence d'une maladie figurant assez bien, suivant l'expression de JABOULAY, le pendant abdominal du goître exophtalmique. Les phénomènes de vaso-dilatation sont des plus fréquents, et se révèlent par des battements du creux épigastrique. » (TERMIER, *Thèse de Lyon*, 1900).

Quelle est maintenant la pathogénie des phénomènes douloureux, dont il a été longuement question au début de cette thèse ? L'explication la plus vraisemblable nous est fournie par M. LOEPER. Il considère, en effet, que l'hyperesthésie abdominale profonde peut être attribuée à deux sortes de causes : les unes intestinales, les autres extra-intestinales. On la voit dans les maladies de l'abdomen, en dehors de tout phénomène inflammatoire ; elle paraît ressortir à de simples troubles mécaniques. Aussi ne serons-nous pas surpris de la trouver particulièrement fréquente dans la ptose gastro-intestinale qui a été relevée chez 50,5 % de nos malades.

Cette douleur serait due aux tiraillements incessants des filets sympathiques par la masse intestinale, c'est l'explication de MATHIEU.

LAIGNEL-LAVASTINE l'a obtenue expérimentalement sur le chien par l'excitation directe du sympathique.

La douleur peut se produire également dans certaines affections ganglionnaires qui exercent des compressions sur les filets nerveux.

Dans un grand nombre de cas, l'hyperesthésie abdominale est d'origine nettement inflammatoire, dit M. LOEPER. D'autre part, les troubles du chimisme digestif, les fermentations qui caractérisent les dyspepsies, la stase coecale... sont autant de causes d'irritation des centres sympathiques.

La nature et la cause de l'irritation nerveuse sont donc difficiles à préciser. Elles consistent parfois en de simples phénomènes réflexes, mais dans bien des cas, l'hypothèse de névralgie, et même de névrite consécutive à la résorption de produits microbiens ou toxiques est très acceptable.

Tels sont les cas où la lésion intestinale nous paraît comme la cause première, semblant expliquer les réactions douloureuses chez nos malades.

Quelle explication donner aux troubles digestifs ? M. le Professeur CARNOT pense à une relation entre l'estomac et le colon. « De même qu'il y a constipation et diarrhée d'origine gastrique, de même il y a du côté de l'estomac du retard à l'évacuation, de l'hyper-

acidité d'origine colitique (1) », dit-il. Et le Professeur CARNOT pense que les colitiques ont presque tous les troubles gastriques susceptibles de prendre la première place ; souvent un syndrome apparaît d'origine gastrique, alors qu'il est d'origine colitique.

Il existe des algies sympathiques où la réaction du système nerveux paraît ressortir à des causes plus générales.

Les troubles abdominaux du tabès et de certaines affections nerveuses ne nous intéressent pas dans cet exposé. Comme l'a fait remarquer notre maître JACQUET, ces troubles s'accompagnent rarement de battements épigastriques.

Il serait intéressant de connaître quelle est la part de l'irritation nerveuse dans la production des accidents intestinaux signalés.

Enfin, dans un grand nombre de cas, 17 % de nos statistiques la douleur se produit en dehors de toute maladie caractérisée.

S'agit-il d'une névrose abdominale, dit M. LOEPER, bien qu'on doive réserver l'hypothèse d'une intoxication ou d'une auto-intoxication dont la nature et l'origine échappent à nos moyens d'investigation ?

La douleur n'est pas de ces irritations primitives le seul phénomène observé. Le sympathique tient sous sa dépendance la motricité, la sécrétion et la sensi-

(1) P. CARNOT, *Consultations sur les maladies de l'estomac et de l'intestin*.

bilité de tout l'intestin. Ainsi arriverons-nous à comprendre la genèse de tous ces petits troubles mentionnés.

Les fermentations nous permettent de comprendre ce ballonnement abdominal que nous avons trouvé chez presque tous nos sujets. Les troubles de la motricité et de la sensibilité déterminent ces stases ou spasmes iléales et coecales relevés dans l'appendicite chronique, par exemple, ces spasmes localisés du colon, etc. Il n'est pas jusqu'aux alternatives de diarrhée et de constipation, maintes fois signalées chez nos malades, qui ne trouvent ainsi leur explication.

A quoi attribuer le vertige ? Pour certains gastrologues, le vertige serait dû à l'ischémie des centres bulbaires, consécutive à une augmentation de la masse sanguine abdominale. Pour M. LOEPER, le vertige est dû à la distension, et dans les inflammations de l'intestin, dans les transformations anormales de matériaux alimentaires, dans les fermentations alimentaires et dans la résorption des produits secondaires irritants.

Les expériences de LAIGNEL-LAVASTINE prouvent que toute excitation du sympathique est capable d'élever la tension artérielle intra-abdominale. Une crise douloureuse, des contractions violentes du tractus, la distension anormale des anses peuvent produire les mêmes effets.

Le vertige avec hypertension, dit M. LOEPER, est surtout fréquent dans les crises entéralgiques

violentes, dans les dyspepsies intestinales accompagnées de météorisme, c'est-à-dire dans les manifestations purement irritatives.

Quant aux troubles visuels ? Il est regrettable que les conditions matérielles dans lesquelles nous nous soyons trouvé ne nous aient pas permis de les étudier, ainsi que nous l'avait conseillé notre maître JACQUET. La littérature médicale est presque muette sur cette question, que nous pensons reprendre ultérieurement.

Enfin, il existe un très grand nombre de cas, 17 % dans nos relevés, où l'on est réduit à des hypothèses. Sans rejeter celle de névrose de M. LOEPER, et que les adversaires de la doctrine de l'école dite physiologique, admettaient avec BARRAS, à la fin du XVIII^e siècle, nous ferons remarquer que l'hypothèse d'un trouble endocrinien que nos moyens d'investigation ne nous ont pas permis de préciser, peut également se soutenir.

FORMES CLINIQUES

Nous pouvons distinguer une forme en apparence primitive, où, c'est à la suite de tous ces petits troubles, mentionnés plus haut, que le malade est amené à consulter. On est alors en présence d'une symptomatologie très diffuse, étouffant souvent celle de l'affection causale, et qui risque de faire errer le diagnostic d'un observateur peu averti.

A côté de cette forme, nous mentionnerons une autre, celle d'une malade déjà traitée, un ptosique par exemple. Ici, la symptomatologie est encore plus complexe, car quelquefois, le décubitus ne lui apporte plus ce bien-être, cette atténuation des troubles dont nous avons parlé. On voit les malades à la suite d'un nouvel amaigrissement, ou après le relâchement inévitable, à la longue, de la sangle orthopédique, ce qui est en général le premier signe qui attire l'attention, car elle cesse d'apporter son bien-être, et bien plus, elle devient intolérable par la pression qu'elle exerce sur l'épigastre devenue douloureuse.

Il convient, se basant sur l'étiologie, de donner une

autre classification, quelque peu schématique il est vrai. On a alors :

1^o *Des formes liées à un trouble fonctionnel* dans lesquelles trouveront place la ptose gastro-intestinale, la rétroversion utérine et l'enclavement pelvien du fibrome enclavé.

2^o *Des formes liées à une cause organique* qui comprendront alors toutes les lésions inflammatoires dont il a été question, c'est-à-dire appendicite et cholécystites chroniques, ulcus gastro-pylorique, métrite, etc.

3^o *Des formes qu'on pourrait dire essentielles*, ce sont celles dont on ne peut déterminer l'étiologie. Dans ce cadre se placeraient, peut-être, ces formes revêtant un caractère nettement familial et souvent héréditaire ; ces formes dont la symptomatologie est des plus complexes et des plus embrouillées, ne se traduisant objectivement que par la solarite, et dans lesquelles, un examen minutieux révèle quelquefois une appendicite chronique très discrète.

Enfin, suivant la prédominance d'un des symptômes, nous distinguerons une forme gastrique, avec souffrances paroxystiques, une forme avec vomissements, tachycardie et palpitations ; une forme psychique, avec asthénie, à la fois physique et intellectuelle, obsessions ; une forme respiratoire, dont le symptôme dominant rappelle ce qu'on a décrit dans

le goître exophtalmique, sous le nom de phénomène de Bryson ; une forme invétérée, durant depuis longtemps, avec cachexie, et dans laquelle les sujets arrivent presque à la frontière de la médecine mentale.

DIAGNOSTIC

Nous donnerons de ce syndrome un diagnostic positif, qui sera un résumé de tous les signes que nous avons déjà signalés au cours de cet exposé. Nous en donnerons ensuite un diagnostic différentiel, c'est-à-dire que nous le rapprocherons des syndromes les plus courants avec lesquels on pourrait le confondre.

Enfin, et ce qui importe surtout, nous en établirons le diagnostic étiologique, car s'il est vrai qu'on doive traiter d'abord le syndrome solaire dans les dyspepsies pulsatiles, il est non moins vrai que la cause qui lui a donné naissance doit être aussi soignée si l'on veut éviter des récidives trop fréquentes hélas dans cette maladie.

DIAGNOSTIC POSITIF

C'est l'énoncé de tous les petits troubles par lequel s'engage la conversation du malade et du médecin qu'il consulte.

a) *douleur, gêne, ou pesanteur* très pénibles de la région épigastrique ;

b) *troubles digestifs des plus variés* : éructations, aérophagie ou aérocolie, constipation des plus opiniâtres, pouvant alterner avec diarrhée par petites émissions séreuses, régurgitations, sialorrhée, fétidité de l'haleine, nausées des plus désagréables et quelquefois même des vomissements bilieux ou alimentaires ;

c) *troubles sympathiques et nerveux* : palpitations précordialgie, tachycardie d'effort ou post-prandiale, céphalée, vertiges, troubles visuels.

d) *troubles généraux* : amaigrissement et quelquefois fébricule ;

Puis à l'examen, un symptôme des plus importants : *l'éréthisme de l'aorte abdominale*.

L'examen général nous permet quelquefois de découvrir une douleur au Mac Burney ou à la vésicule, un colon plus ou moins contracturé et roulant sous les doigts, etc.

L'examen gynécologique doit être aussi pratiqué : recherche de la métrite ou de la rétroversion utérine, d'un fibrome enclavé du petit bassin.

Quand rien n'aura été trouvé : B. W. et radio des poumons.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Avec quoi peut-on confondre le syndrome que nous venons de décrire :

1^o *L'aortite abdominale de Loeper* : affection qui se voit chez des sujets âgés et qui est d'origine athé-

romateuse. D'autre part, elle est toujours accompagnée d'inégalité ou d'irrégularité du vaisseau. En cas d'ectasie aortique, le diagnostic est évident ;

2^o *Le syndrome de Basedow à symptomatologie digestive* : mais ici, un fait très important : s'il est vrai que dans certains cas on puisse avoir des yeux brillants, du tremblement des doigts, il est non moins vrai qu'on n'observe jamais de modification du côté des yeux ni de la glande. Enfin le métabolisme de base qui a été mesuré par différents auteurs est toujours normal ;

3^o *L'anévrisme de l'aorte*, dont le diagnostic est très difficile d'avec celui de l'éréthisme aortique. Qu'il nous suffise de donner ici un signe d'une valeur très considérable, c'est que, au point de vue radiologique, l'anévrisme est une tumeur non pulsatile.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Le diagnostic étiologique du syndrome que nous étudions n'est pas toujours évident, et sa constatation soulève très souvent un problème diagnostique dont la solution n'est pas toujours facile.

Ici, un principe fondamental qui servira de base à ce diagnostic : *l'épreuve de l'alitement*.

Tout dyspeptique, présentant des battements épigastriques, et qui s'alite pendant un temps suffisant tout en conservant en permanence une source de chaleur sur le creux épigastrique, voit ses troubles diminuer ou

même disparaître si ceux-ci sont en rapport avec un trouble fonctionnel.

En cas de persistance des troubles, on peut affirmer que ceux-ci reposent sur une *épine organique*.

Il est certain que l'examen clinique nous aura déjà fourni quelques renseignements (état de la paroi, point de Mac Burney, douleur vésiculaire...), qui orienteront une épreuve des plus importantes : *l'examen radiologique*.

Que va nous montrer cet examen radiologique ?

1^o PTOSE GASTRO-INTESTINALE.—Technique : recommander au malade de prendre une portion de gélobarine à 4 heures du matin le jour où il doit être examiné. Lui faire prendre la 2^e portion sous l'écran, 6 heures après la première prise, et examiner.

Chez beaucoup de ces malades, on constate une atonie gastrique. Le bas fond de l'estomac se voit quelquefois à 10 et même 15 centimètres au-dessous des crêtes iliaques. On a vu souvent l'angle colique droit dans la fosse iliaque correspondante, ou en tout cas à une grande distance du foie.

On trouve parfois le pylore en position normale, d'autres fois il est au niveau de la 4^e lombaire. La sténose pylorique fonctionnelle se voit assez souvent.

2^o L'APPENDICITE CHRONIQUE. — C'est la plus fréquente des affections que nous rencontrons après la ptose gastro-intestinale. Nous l'avons en effet rencontrée dans 17,5 % de nos statistiques.

Quels sont ses principaux signes ?... Ce sera :

a) *L'existence d'un point douloureux profond répondant à l'appendice.* Symptôme induisant souvent en erreur et dont il faut se méfier. Le contrôle radiologique a montré à notre maître JACQUET, à TADDEI, en un mot à tous les auteurs qui se sont occupés de la question, qu'on pourrait se trouver en présence d'une cellulite ou d'une péri-viscérite douloureuse, de points névralgiques des plexus viscéraux de sujets souffrant du plexus solaire, d'adénopathie iliaque ou pelvienne, etc.

Quelquefois même, on a en plein Mac Burney une projection viscéralgique profonde, vésiculaire par exemple.

Pour P. JACQUET et L. GALLY, seul, un point douloureux, répondant au bord interne du caecum et suivant exactement l'image appendiculaire dans tous ses déplacements, a réellement les plus grandes chances d'être appendiculaire.

b) *Le retard du transit iléo-coecal*, qui traduit un état de souffrance coecale et montre la participation de la zone sphinctérienne et du colon droit au processus réactionnel.

TECHNIQUE : faire prendre au malade, 6 heures avant l'examen :

Baryte	200 gr.
Lait	250 gr.

Chez un sujet normal, 6 heures après ce repas, la

PLANCHE I



FIG. 1.

Ptose totale de l'estomac et du colon avec angle splénique sur la crête iliaque gauche et le bas-fond gastrique sur la symphyse pubienne.



FIG. 2. — M. R. Appendicite chronique se traduisant par : stase iléale ; spasme de l'iléon ; appendice enroulé autour du défilé iléo-cœcal ; spasme du bord externe du cœcum et point douloureux appendiculaire. *Radio L. Gally, opération Robinson, juillet 1928*



FIG. 3. — Mlle L. Stase iléale très importante avec dilatation de l'iléon et aéroliée. Spasme du défilé iléo-cœcal et de la valvule de Bauhin. Cœcum spasmé, rétracté et à bord interne déchiqueté. Point douloureux appendiculaire. *(Radio L. Gally. Opération du Dr Girode, juin 1931).*

baryte s'est déversée en totalité dans le colon ascendant, qu'elle remplit jusqu'à l'angle hépatique.

Chez l'appendiculaire, il existe une gêne au franchissement iléo-cœcal. L'iléon est encombré par une masse de baryte très importante, au moins égale à ce qui a passé dans le colon.

3^o SPASMES ILÉO-COECAUX. — On peut avoir des spasmes complets du coeco-ascendant, ou des spasmes localisés de la région iléo-coecale ; les spasmes existent même au repos, et sous l'écran, à la pression du point douloureux, on les voit se renforcer.

Très caractéristique est la forme du coecum, qui, rectiligne par son bord interne, présente de profondes incisures sur le bord externe. Ce fait tranche avec les incisures physiologiques du coecum normal, dont la forme est globuleuse, et qui existent sur les deux bords du coecum.

Le coecum peut être rétracté. Tantôt il apparaît rétréci, et prend quelquefois l'aspect d'un simple diverticule, du volume d'un crayon et pouvant simuler l'appendice.

Enfin, en regard du point douloureux, et sur le bord externe du coecum, il existe de façon constante une profonde incisure, qui peut stimuler quelquefois une fausse biloculation.

Quant aux spasmes de l'iléon, ils sont rapides, transitoires, et très localisés. A la palpation de la zone appendiculaire, on voit l'ombre iléale s'effacer en

un point quelconque des 20 derniers centimètres, et ceci sur 2 ou 3 centimètres environ.

3^o CHOLÉCYSTITE. — Qui est l'affection qui suit l'appendicite chronique dans l'aperçu statistique donné (5 % des cas).

Quand un de nos malades est atteint d'un syndrome douloureux de la région sous-hépatique, sans ictère, on doit se demander s'il existe ou non une tumeur. Dans le cas qui nous occupe il n'y a pas de tumeur.

Trois hypothèses diagnostiques également importantes doivent être discutées : s'agit-il d'une cholécystite chronique (lithiasique ou non) ?... d'un ulcus duodénal invétéré ? d'une périoduodénite ou d'une péricholécystite ?

Ces trois affections revêtent un aspect presque identique ; les deux premières produisant d'ailleurs la troisième.

Il s'agit de malades amaigris, se plaignant de pesanteur et de tiraillements dans la région épigastrique plus que dans l'hypocondre droit, et chez lesquels on trouve une aorte battante. Parfois même, ils souffrent de douleurs plus ou moins vagues dans la fosse iliaque.

Ce problème peut devenir d'autant plus difficile que la maladie évolue depuis plus longtemps, les signes physiques et fonctionnels devenant très flous.

L'ulcère calleux, la cholécystite ou l'appendicite chronique se différencient mal parce qu'il s'est pro-

PLANCHE III

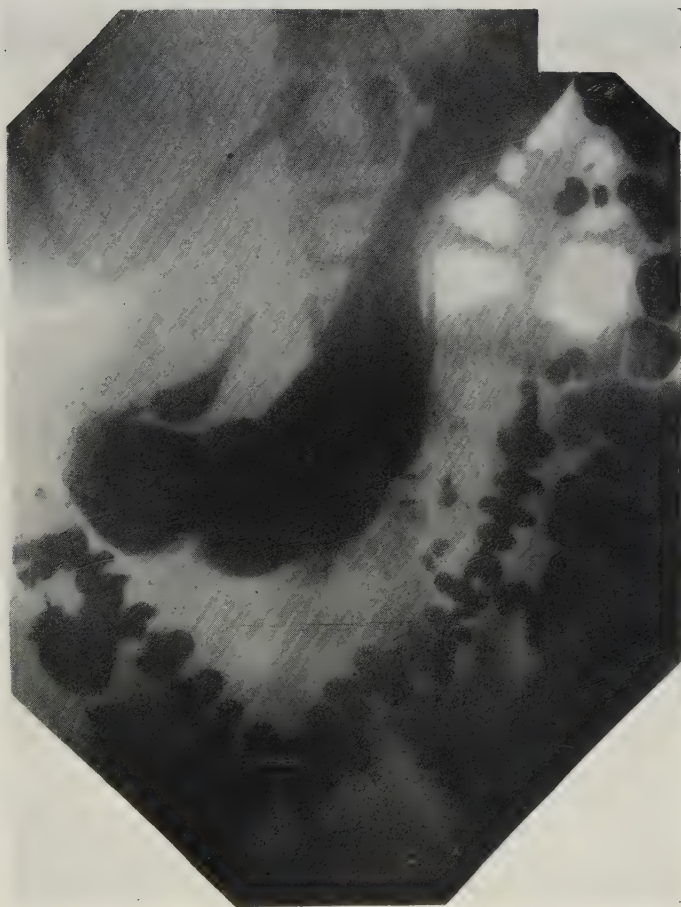


FIG. 4.

Mme S... Péricholécystite typique, avec déviation de l'estomac et du pyllore vers la face inférieure du foie (Estomac en hameçon irlandais). Compression du bulbe duodénal par la vésicule biliaire qui est visible avec sa paroi épaissie (*Radio L. Gally*).

duit une complication des plus fréquentes, une réaction chronique du péritoine de l'organe lésé. On a une périviscérite du carrefour sous-hépatique, dont il est difficile de découvrir l'origine.

C'est alors que la radio peut rendre les plus grands services. Nous proposons la technique employée par le Dr A.-R. SALMON avec qui nous avons quelquefois collaboré :

TECHNIQUE : Tétra-iodophtaléinate disodique : 0 gr. 30 pour une capsule n° 12, que le malade prendra au cours d'un repas frugal, 18 heures avant l'examen.

L'absence d'ombre vésiculaire chez un sujet n'ayant pas de signes d'insuffisance hépatique permet de conclure à une lésion de cholécystite : calcul obstruant le canal cystique, vésicule atrophiée, rétractée ou encore remplie de calculs, ou vésicule enflammée chroniquement et dont la muqueuse est lésée.

Tels sont les principaux diagnostics sur lesquels nous avons cru devoir insister.

TRAITEMENT

Tout d'abord, demandons-nous quelle sera l'évolution du syndrome en question ?

L'évolution de cette solarite est très variable. Tantôt, éphémère, elle prend fin spontanément avec la cause qui lui a donné naissance. Tantôt, tenace au contraire, elle persiste pendant un temps assez long, des mois quelquefois, jusqu'au jour où le malade se laisse aller au grand repos, qui seul le soulagera. Parfois, enfin, tenace et irréductible, elle persiste pendant un temps fort long, faisant de ces malades des sujets impropres à tout, de véritables infirmes qu'il faut soigner.

Comme nous l'avons laissé entrevoir déjà, au cours de cet exposé, le traitement de ces troubles doit être avant tout un traitement symptomatique, *il faut d'abord traiter la solarite*, et ce n'est qu'ensuite qu'on traite l'affection causale.

Tout dyspeptique, présentant ce symptôme de battements épigastriques, doit être obligatoirement traité par l'alitement ou par le repos étendu.

C'est là un principe fondamental dans le traitement de ces crises solaires, et dont la méconnaissance est

responsable de tous les échecs qu'on essuie dans le traitement des dyspepsies.

On conseille au malade de rester au lit pendant une huitaine de jours environ, et de garder en permanence une source de chaleur sur les creux épigastrique. Que voit-on ? dans certains cas, après ces quelques jours d'alitement, le sujet retrouve son bien-être habituel ; il est plus calme, et en même temps, les battements ont disparu ou se sont atténués notablement. Dans l'immense majorité des cas, on est en présence de troubles qui ont une origine fonctionnelle. Si au contraire ils persistent, on peut affirmer, presque à coup sûr, que ces troubles reposent sur une épine organique.

Nous voyons donc que l'épreuve de l'alitement présente un double avantage :

1^o elle a une valeur thérapeutique (solarites liées à une cause fonctionnelle) ;

2^o elle est d'un intérêt diagnostique considérable puisque, lorsqu'elle réussit, elle nous permet d'éliminer un groupe combien complexe, les solarites liées à un trouble organique.

Malheureusement, il est des conditions sociales qui ne permettent pas à certains de nos malades de prendre ces quelques jours de repos. Nous leur conseillons alors de s'allonger une heure ou deux après leurs principaux repas. Nous avons quelquefois obtenu les mêmes résultats que par l'alitement.

Dans les cas où ces quelques heures de repos sont inefficaces l'alitement doit s'imposer.

On donnera en même temps au malade qui s'alite quelques gouttes de belladone ou de jusquiame, avant chacun des principaux repas.

Dans le cas où la belladone et ses dérivés ne semblent pas agir, on fait appel à l'érésine, que l'on peut employer selon la méthode de BOUCHET :

Salicylate d'ésérine	1 centigramme
Glycérine à 28°	3 cc.5
Eau distillée	1 cc.5
Alcool à 95° q. s. p	10 cc.

(L gouttes de cette teinture contiennent un milligramme d'alcaloïde.)

Nous faisons prendre à nos malades XXX gouttes en 24 heures, réparties en trois prises de X gouttes avant les repas ; soit X à LX gouttes, à doses croissantes, puis décroissantes. Ne pas dépasser LX gouttes (d'après MOUTIER).

Pour MOUTIER la tolérance est parfaite, même chez les individus sensibles à II ou III gouttes de belladone ; et l'ésérine ne donnerait jamais de myosis, aux doses que nous conseillons, même après des semaines de médication.

Nous devons ajouter que l'ésérine est inutile ou contre-indiquée dans l'hypersécrétion gastrique, dans les sténoses pyloriques, les ptoses sans crise coeliaque surajoutée, et d'une façon générale, dans tous les états spasmodiques peu douloureux, et dans les maladies organiques d'un viscère abdominal.

Au contraire, l'atrophine demeure le médicament

par excellence des spasmes viscéraux et de l'hyper-sécrétion.

La solarite guérie, on doit ensuite traiter la cause qui lui a donné naissance.

Chez les ptosiques par éventration, ou chez ceux qui ont une mauvaise paroi abdominale, le port d'une ceinture suffira le plus souvent. Selon notre maître JACQUET, « la ceinture la plus simple est la meilleure ». Une simple bande de flanelle ou de tissu élastique, sanglant l'abdomen au-dessous de l'ombilic pourra remplir cet office. Prenant son point d'appui sur la région lombaire, elle exercera une pression ascendante sur l'abdomen. Le malade la mettra alors qu'il est encore au lit, en se soulevant sur les talons, de manière à faire refluer la masse abdominale vers le diaphragme.

Souvent, le déséquilibre abdominal qui provoque les troubles en question peut être lié à un amaigrissement, et par suite, de la mauvaise contention viscérale, consécutive à la fonte de ce matelassage adipeux si nécessaire au soutien des organes. Il faut alors faire engraisser le malade. Le régime à suivre est celui préconisé par M. le professeur P. CARNOT.

Le malade étant mis au lit pendant une dizaine de jours, on lui donne une ration journalière de 2 litres et demi de lait, qu'il doit répartir en 6 bols, qui seront pris à des intervalles de 2 heures et demie. Ce lait sera abondamment sucré et additionné d'une cuillerée à café de citrate de soude.

Ce régime est en général assez bien toléré. Dès le

3^e jour on ajoute à trois de ces bols, de préférence aux heures qui correspondent aux repas habituels, un aliment supplémentaire : tapioca, purée, farine, etc.

Rapidement, l'appétit revient, et le malade réclame des suppléments alimentaires qu'on lui accordera suivant ses goûts ; nul aliment ne sera contre-indiqué.

Après 10 jours, on supprime le lait, et on autorise des levers de plus en plus prolongés. On recommandera au malade de boire peu en mangeant, de prendre une alimentation aussi substantielle que possible, et de s'allonger une heure ou deux après les repas.

On ne devra pas perdre de vue, qu'on doit remplir un rôle psychique considérable auprès de ces malades, et pratiquer chez eux une véritable rééducation alimentaire.

Chez les sujets asthéniques, et qui semblent « démarrer » difficilement, il est quelquefois recommandé de faire un traitement insulinién.

A la dose de 10 à 20 unités cliniques par jour, injectées quotidiennement, immédiatement après les repas, on évite les accidents d'hypoglycémie.

L'action de l'insuline est des plus complexes ; elle hydrate les malades et leur permet de gagner quelques kilogs ; elle semble donner un véritable coup de fouet à l'état général.

Malheureusement, cette action est fugace, et le malade doit être prévenu du retour probable de ses troubles, qui correspondront en général à un nouvel amaigrissement.

Dans un grand nombre de cas, la solarite ne cède pas à l'alitement : elle est alors liée de façon presque constante à une lésion organique.

Ce sera d'abord une appendicite chronique : là encore, le principe exposé plus haut reste vrai : *il faut traiter d'abord la solarite*. C'est chez ces malades, à battements épigastriques, porteurs d'une colite chronique douloureuse liée à l'appendicite que l'intervention chirurgicale a le moins de chances de donner de bons résultats. Quelquefois même, l'acte opératoire apporte une aggravation aux lésions préexistantes. Certains malades continuent à souffrir autant, si ce n'est plus, et c'est ainsi que se constituent ces séquelles chroniques, douloureuses et souvent irréductibles de l'appendicectomie.

L'importance des soins pré-opératoires est grande, car le médecin ne doit amener au chirurgien qu'un ventre indolore, si ce n'est au Mac Burney, et ne présentant plus de battements aortiques, si l'on veut que l'intervention soit pratiquée dans de bonnes conditions, et qu'elle fasse disparaître tous ces troubles dont il a été longuement question au cours de cette thèse.

Ce traitement préparatoire n'est guère facile, il faut le reconnaître, car il exige une très grande patience, tant du malade que du médecin. Des semaines et des mois sont quelquefois nécessaires et on doit l'avouer, on n'arrive pas toujours au résultat que l'on se propose.

Ici aussi, alitement, source de chaleur au creux

épigastrique sont à recommander. On ne perdra pas de vue que le malade doit être traité comme un colitique : régime approprié, ferments lactiques, vaccins. Les agents physiques : diathermie, infra-rouges, boues médicinales nous apporteront une large contribution dans la thérapeutique à suivre.

Pour la cholécystite, il n'est en général pas nécessaire de prescrire un régime, que d'eux-mêmes les malades ont établi. Dans ce cas, l'intolérance aux sauces, au lait, aux graisses, au chocolat surtout, est très grande, et, avant tout conseil médical, les malades les ont écarté de leur alimentation.

On obtiendra de très bons résultats par l'emploi de l'uroformine. La dose à faire ne doit pas être inférieure à 12 ou 15 grammes. On prescrira au malade porteur d'une cholécystite chronique, une série de 10 à 12 piqûres intraveineuses d'uroformine, de 1 gramme à 1 gr. 25, à faire quotidiennement. Il est rare qu'après un tel traitement, la vésicule reste encore sensible à la pression.

OBSERVATIONS

Relevé de quelques fiches de solarité résumées, provenant de la Consultation de Médecine de l'Hôpital Sainte-Périne, et de la Consultation de gastro-entérologie du Dispensaire de la Mutualité maternelle (Rue Saleneuve).

OBSERVATION I. — *Appendicite chronique et solarite.*

B... P, 19 ans, secrétaire, de nationalité suisse, vient consulter pour anémie.

A l'âge de 18 ans, pendant un séjour en Allemagne, elle aurait présenté une symptomatologie analogue, à la suite d'un surmenage. Mise alors au repos, et traité par des fortifiants, ces troubles auraient disparu après six mois de traitement. Elle reconnaît que les troubles qu'elle a présentés à ce moment sont moins accusés qu'aujourd'hui.

5 octobre 1931. Elle se plaint de lourdeur, de somnolence, de constipation opiniâtre, de céphalée intense. Quelques bouffées de chaleur après les repas. Palpitation, crises d'idées noires.

Les digestions sont assez bonnes. Règles normales. Pas de troubles visuels.

Examen : Eréthisme très marqué de l'aorte abdominale. Point appendiculaire.

La malade est mise au repos. Huile de paraffine et belladone.

2 novembre 1931. — Elle revient pour grande faiblesse, céphalée persistante. Constipation. Quelques étourdissements pendant la journée. Grande oppression : « par moments, dit-elle, elle respire si difficilement, qu'elle a l'impression d'avoir un gros poids sur l'épigastre ».

Grande asthénie. Sommeil très agité (cauchemars). Dégoût de tout.

La malade rattache tous ces troubles à un grand chagrin.

Examen Eréthisme très marqué de l'aorte abdominale perceptible depuis la xiphoïde jusqu'au promontoire. Pas de diffusion iliaque ni transversale. Cæcum contracté, roulant sous le doigt, avec point douloureux en dedans du cæcum. Pression épigastrique non douloureuse. Rien à la vésicule.

Traitée depuis 4 semaines par l'huile de paraffine et la belladone. N'a pu se reposer.

Pouls à 100. Corps thyroïde un peu augmenté. Yeux brillants. Rien au cœur à l'auscultation. Léger tremblement des doigts. Pas de troubles visuels.

5 novembre 1931. — Mise au repos, à la belladone et au stovarsol, aurait trouvé un grand soulagement. Moins de malaises, toujours céphalée. Au dire de la malade, le moral est meilleur.

9 novembre 1931. — Examen radiologique : appendicite chronique.

OBSERVATION II. — *Appendicite chronique et solarité.*

M^{me} P... G..., 41 ans, ménagère, vient consulter le 2 novembre 1931 pour retard de règles, qu'elle attribue à grossesse (fin des dernières règles 14 septembre 1931).

Elle se plaint d'un grand échauffement dans le bas ventre. Constipation tenace. Etourdissements fréquents. Quelques nausées.

La malade dit avoir perdu connaissance 4 fois déjà, depuis le début de 1931.

Palpitation depuis le jeune âge. Quelques bouffées de

chaleur à n'importe quel moment dans la journée. Lourdeur après les repas. Pas de troubles digestifs bien marqués quoi qu'elle mange très vite.

A noter quelques chagrins ces temps derniers (chômage ; mari neurasthénique. Mort d'un enfant.

Examen : Eréthisme marqué de l'aorte abdominale. Légère douleur de la région épigastrique. Rien à la vésicule. Point douloureux net à la pression de Mac Burney.

Appendicite chronique radiologiquement vérifiée.

OBSERVATION III. — *Appendicite chronique, sans solarite.*

M^{me} L... M..., 39 ans, sans profession vient consulter le 2 novembre 1931 pour grande fatigue, douleurs lombaires et douleurs dans les mollets. Grande céphalée, surtout marquée le soir. Alternative de diarrhée et de constipation. Fréquents étourdissements. Pas de troubles visuels.

Sommeil très agité. Quelques cauchemars. Pas de troubles psychiques.

Tous ces troubles remontent à 2 ans environ.

Examen : Rien au cœur. Point appendiculaire. Pas de solarite.

A la radio : appendicite chronique.

OBSERVATION IV. — *Colite et solarite.*

B... P..., 39 ans, ingénieur, appendicectomisé en juillet 1930 pour douleur vague dans la fosse iliaque, avec par moments, élancements au Mac Burney. Constipation très opiniâtre à ce moment. Sommeil conservé. Irritabilité extraordinaire.

Depuis l'opération dit le malade, il semble que rien n'ait changé. Pas de douleur dans la fosse iliaque droite, mais douleur dans la fosse iliaque gauche.

Selles normales, avec par moments quelques petites poussées diarrhéiques. Digestions un peu lentes. Pas de

douleurs gastriques. Pas de brûlures. Ballonnement abdominal habituel, avec émissions gazeuses abondantes.

Malade toujours irritable. Quelques mouches volantes par moments. Jamais d'étourdissement.

Examen : Eréthisme de l'aorte abdominale avec léger soulèvement. Colon contracturé, donnant, dans la fosse iliaque gauche, l'impression d'une tumeur, un peu plus grosse qu'un œuf de poule et semblant nettement limitée.

OBSERVATION V. — *Appendicite chronique et solarite.*

M^{me} B... E..., 34 ans, sans profession, présente depuis un an environ, des troubles consistant en : asthénie très grande. Douleurs dans la colonne lombaire et dans les jambes. Nausées fréquentes. Sommeil troublé de cauchemars. Quelquefois insomnie rebelle. Etourdissements. Troubles visuels : « la malade a, par moments, les yeux remplis d'étincelles », dit-elle, et ce phénomène se reproduirait assez souvent dans la journée.

Nervosisme habituel. Psychisme très touché : dégoût de tout. Lourdeur. Somnolence après les repas. Quelques bouffées de chaleur. La malade est bien réglée. Sensation d'angoisse surtout le soir au coucher.

Depuis quelque temps, vomissements bilieux au réveil.

Abdomen souvent ballonné. Fréquentes émissions gazeuses. Quelques crises diarrhéiques, alternant avec constipation rebelle.

La malade ressent des douleurs vagues dans l'hypocondre droit. Quelquefois sensation « de barre transversale » au niveau du colon transverse.

Examen : Point douloureux au niveau du Mac Burney. Rien à la vésicule. Eréthisme très prononcé de l'aorte abdominale.

Radio : appendicite chronique.

OBSERVATION VI. — *Syndrome solaire chez une basedowienne.*

M^{me} G... G..., 26 ans, couturière, ressent depuis 2 ans les troubles suivants :

Asthénie. Douleur à la nuque dans la colonne lombaire et dans les mollets. Céphalée frontale presque continue. Insomnie rebelle et persistante. Pas d'étourdissements. Lourdeur et somnolence après les repas. Quelques renvois de gaz. État nauséux des plus désagréables. Bouche pâteuse. Constipation habituelle, pas de ballonnement abdominal. Irritabilité. Psychisme particulièrement impressionnable. Mélancolie. Dégoût de la vie. Esprit toujours préoccupé de l'avenir de ses 2 enfants. Pessimisme outrancier.

Inaptitude à l'effort soutenu : la malade est incapable de lire son journal, ou du moins de faire l'effort nécessaire pour comprendre ce qu'elle lit. Diminution marquée de la mémoire. « Elle se refuserait d'ailleurs de se souvenir, pour n'avoir pas à souffrir de l'effort qu'elle doit fournir ».

Examen : Signes de Basedow. Yeux brillants, léger goître. Tremblement marqué des extrémités. Pouls à 120.

Eréthisme très marqué de l'aorte abdominale.

OBSERVATION VII. — *Appendicite chronique et solarite.*

M^{me} M... L..., 27 ans, concierge, se plaint depuis deux mois de courbature avec douleurs dans les lombes et dans les jambes. Constipation. Céphalée persistante. Température 38°5.

Le 9 novembre 1932, au réveil elle est prise de douleurs lombaires. Quelques vomissements. Un médecin consulté conclut à crise d'appendicite.

Le 16 novembre 1932, elle se présente à nous. Paroi abdominale souple. Douleur assez vive au Mac Burney. Léger éréthisme de l'aorte abdominale.

A ajouter que la malade est extrêmement nerveuse.

Qu'elle digère très mal. Fréquentes nausées. Étourdissements. Quelques troubles visuels. Pas de trouble psychique.

Sommeil conservé. Quelques cauchemars. Asthénie très grande.

Appendicite chronique radiologiquement vérifiée.

OBSERVATION VIII. — *Ptose gastrique et solarite.*

M^{me} R... T..., 32 ans, employée de laboratoire, souffre depuis le jeune âge de colite. Douleurs vague dans la fosse iliaque. Constipation opiniâtre. Ballonnement abdominal habituel. Jamais d'appendicite reconnue.

Quelques régurgitations après les repas. Somnolence. Quelques bouffées de chaleur.

Bouche pâteuse le matin. Quelques vomissements bilieux au réveil. Haleine fétide.

Les troubles qui semblaient disparus, il y a 8 ans déjà reviennent. Ils consistent en une impression douloureuse vague dans la fosse iliaque droite. Constipation. Céphalée. Nausée et quelquefois vomissements.

Cependant digestion assez bonne. Appétit satisfaisant, exagéré à l'approche des menstrues.

Tempérament nerveux. Malade très excitable. Sommeil agité (cauchemars).

A noter quelques soncis auxquels vont s'ajouter absence de son mari appelé depuis 3 ans par des occupations en province.

1^{re} consultation notivée par asthénie-Céphalée persistante. Amaigrissement de 4 kilogs après un séjour à la mer. Constipation tenace. Douleur vague de la fosse iliaque. Bouffées de chaleur et somnolence après les repas. État nauséeux et quelquefois vomissements. Troubles visuels (tâches sombres du champ visuel droit). Fréquents étourdissements sans perte de connaissance.

Examen : Eréthisme de l'aorte abdominale. Pouls à 78 ;

rien au cœur. Abdomen souple. Pas de contracture au niveau du cœcum ni du colon.

Ptose radiologiquement vérifiée.

Mise au repos pendant 8 jours et au régime lacté, on revoit la malade qui signale la persistance des douleurs lombaires et appétit exagéré. Grande faiblesse.

Cependant sensation de bien-être après séjour au lit. Un mois environ après, la malade vient consulter sur invitation. Son malaise abdominal s'est notablement atténué après régime de suralimentation, repos et compresses chaudes sur le ventre.

Nous la renvoyons après une quarantaine de jours. Elle a l'impression d'avoir maigri (à la suite de certains excès). Elle se sent beaucoup mieux et surtout plus calme. Plus de céphalée, plus de nausée, plus de gêne abdominale.

Examen : pouls à 78. Rien à l'aorte abdominale.

OBSERVATION IX. — *Cholécystite et solarite.*

M^{lle} O. S..., 32 ans, mécanographe, a ses troubles qui débutent il y a deux mois environ. Brûlures gastriques, renvois acides. Lourdeur et somnolence après les repas. Dégoût des graisses. Constipation. Céphalée rebelle.

Depuis 3 ans déjà, elle souffre du foie. Ictère remontant à 2 ans et demi, environ.

A signaler : troubles visuels. Légers vertiges par moments. Troubles psychiques : dégoût de tout. Quelques idées de suicide.

Examen : Point douloureux vésiculaire et éréthisme très marqué de l'aorte abdominale.

OBSERVATION X. — *Cholécystite et solarite.*

M^{me} F... O..., 31 ans, sans profession est prise depuis 2 ans de céphalée très tenace, qui semble s'accroître pendant les digestions. Grande constipation.

Nervosité très grande, depuis une fausse-couche provo-

quée qu'elle aurait faite à l'âge de 18 ans, et qui a été suivie d'une grande dépression psychique ayant nécessité un séjour dans une maison de santé.

Sommeil très bon à l'heure actuelle et rien à signaler au point de vue psychique.

Douleurs sourdes dans la région précordiale. Tachycardie. Grande oppression.

Examen : Yeux brillants. Pas d'hypertrophie de la thyroïde. Pouls à 132. Pas de tremblement des doigts. Quelques taches d'insuffisance hépatique (Widal). Douleur vésiculaire des plus nettes. Rien au Mac Burney.

Eréthisme très prononcé de l'aorte abdominale, avec diffusion iliaque gauche.

OBSERVATION XI. — *Cholécystite et solarite.*

M^{me} P... M..., 31 ans, sans profession, se plaint depuis 2 ans de troubles digestifs consistant en : lenteur des digestions, lourdeurs et somnolence après les repas. Régurgitations. Pituites matinales. Pas de céphalée. Constipation très opiniâtre, avec par moments des débâcles diarrhéiques.

Grande asthénie depuis quelques jours. Douleurs musculaires

Bien réglée. Tempérament nerveux. Sommeil conservé. Bon psychisme.

Examen : Yeux brillants. Pas de goître. Pas de tremblement. Pouls à 104.

Douleur vésiculaire très nette. Eréthisme très marqué de l'aorte abdominale.

OBSERVATION XII. — *Solarite sans cause reconnue.*

M. M., G..., 40 ans, découpeur, souffre il y a 14 ans déjà de « crampes gastriques », consistant en douleurs de l'épigastre survenant environ 2 h. 1/2 après le repas.

Au début une crise et rarement deux tous les 3 mois envi-

ron, et s'accompagnant d'irradiation douloureuse dans la colonne lombaire-céphalée presque continue.

Depuis 4 ans, ces crises se rapprochent ; elle se reproduisent à intervalles de 20 jours environ ; et pendant 8 jours toutes les 2 heures après les repas, une crise. Pas de vomissement jusqu'en décembre 1932.

Puis de vomissements, à peu près tous les 2 jours, et toujours à la même heure : 16 heures. Vomissements très acides, jamais d'hématémèse.

Constipation opiniâtre depuis 14 ans et ne cédant que difficilement aux laxatifs. Amaigrissement de 22 kilogs depuis le début de la maladie.

Malade très nerveux, s'irritant pour un rien. Insomnie rebelle. Psychisme très touché : malade dégoutée de tout, obsédé par l'idée de cancer.

Examen : Eréthisme des plus marquées de l'aorte abdominale. La radio n'est pas concluante.

CONCLUSIONS

De notre étude, nous tirerons les conclusions suivantes :

1^o L'éréthisme pulsatile de l'aorte abdominale, les douleurs épigastriques, et tout le cortège de troubles qui leur sont associés, ont été observés et décrits de tous temps ; mais ce sont les travaux modernes qui les ont groupés dans un syndrome précis.

2^o Deux signes fondamentaux caractérisent ce syndrome : l'un subjectif : la douleur épigastrique ; l'autre objectif : les battements de l'aorte abdominale.

A ces symptômes se rattachent, en général, tout un ensemble de troubles (digestifs, vaso-moteurs, psychiques, oculaires, etc.), qui leur masquent leur véritable étiologie.

3^o Battements et douleurs épigastriques suivent avec une fidélité presque parfaite, les fluctuations de tout le cortège de troubles qui les accompagnent : ils augmentent d'intensité quand ceux-ci s'accroissent ; ils disparaissent en même temps que ceux-ci s'estompent et prennent fin.

4^o Ces troubles relèvent :

A. — d'une lésion du tractus digestif ou d'un organe du petit bassin, dont l'origine peut être :

α) ou fonctionnelle (ptose gastro-intestinale, rétroversion utérine, enclavement pelvien d'un fibrome utérin)

β) ou organique (appendicite et cholécyste chroniques, ulcus gastro-pylorique, métrite).

B. — d'un trouble endocrinien (corps thyroïde ou ovaire le plus souvent).

C. — d'une étiologie qu'on ne peut préciser. Ce syndrome revêt souvent un caractère familial héréditaire, chez les sujets à type longiligne, en particulier.

5^o Ce syndrome est vraisemblablement le résultat d'une perturbation du système nerveux-intra-abdominal (plexus solaire).

6^o Le diagnostic positif du syndrome se fait par la constatation de la douleur et des battements épigastriques, et par l'énoncé de tous les signes qui leur font cortège.

Le diagnostic étiologique reposera sur :

α) l'épreuve d'alitement, dont le principe est le suivant : tout dyspeptique, présentant des battements et des douleurs épigastriques, et qui garde le lit pendant un temps assez long, tout en conservant une source de chaleur sur le creux épigastrique, voit ses troubles disparaître si ceux-ci ont une origine fonctionnelle.

En cas de persistance des troubles, on peut affirmer, presque à coup sûr, que ceux-ci reposent sur une épine organique.

β) *l'examen radiologique*, qui est une épreuve capitale.

7^o Le traitement sera :

α) *symptomatique* : il faut d'abord traiter la solarite, dont la constatation doit constituer, jusqu'à un certain point, et du moins momentanément, une contre-indication à toute intervention chirurgicale (Alitement avec source de chaleur sur la région épigastrique. Belladone ou ésérine suivant les cas).

β) *étiologique* : ce n'est qu'après la disparition, ou l'atténuation notable des battements épigastriques qu'on devra traiter le trouble qui les conditionne : ceinture en cas de ptose ; intervention chirurgicale en cas d'appendicite chronique ; uroformine intra-veineux, en cas de cholécystite.

VU :

Le Doyen,

BALTHAZARD.

VU :

Le Président de la thèse :

P. CARNOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- J. P. BARRAS : *Traité sur les gastralgies et les entéralgies, ou maladies nerveuses de l'estomac et de l'intestin*. Edit. Béchet jeune, librairie de l'Académie royale de Médecine. 4, Place de l'Ecole de Médecine.
- BENECH : *De l'aortite abdominale par prorogation* (Académie de Médecine, 1^{er} mai 1906).
- P. CARNOT : La Clinodigestion nocturne dans les gastralgies des ptosiques (*Journal médical français*, nov. 1929). — Consultations sur les maladies de l'estomac et de l'intestin. — Consultations sur les colites.
- SAMUEL COOPER : *A dictionary of pratical surgery*.
- FLANDIN et GALLOIS : Astigmatisme, asthénie, hypotension artérielle (*Presse médicale*, nov. 1930).
- GLÉNARD : *Les ptoses viscérales*, 1889. — *De la sangle pelvienne contre l'entéroptose*, 1905.
- GUTMAN et ROUTIER : L'aortite abdominale atténuée à forme gastralgique (*Presse médicale*, 7 janvier 1925).
- JABOULAY : *Chirurgie du grand sympathique et du corps thyroïde* (Les différents goîtres), Lyon 1900.
- PAUL JACQUET : Les ptoses et le syndrome de mauvaise contention des organes de l'abdomen (*Journal médical français*, nov. 1929). — La solarite dans les ptoses et dans l'appendicite (*Monde médical*, 1^{er} avril 1929). — Les déséquilibres du ventre en clinique journalière (*Journal médical français*, nov. 1929). — Les états gastralgiques (*Journal médical français*, nov. 1928).
- PAUL JACQUET et LÉON GALLY : Le diagnostic radiologique de l'appendicite chronique (*Paris médical*, 5 avril 1920. — *Bulletin et mémoires de la Société des Hôpitaux*, 23 janvier 1931. — *Presse médicale*, 14 mars 1931).

- PAUL JACQUET et CH. GIRODE : La gastralgie pure d'origine utérine (*Presse Médicale*, 25 juillet 1928).
- PAUL JACQUET et PAUL KREYTS : Battements épigastriques et dyspepsies pulsatiles (*Paris médical*, 2 avril 1931).
- PAUL KREYTS : *Etude clinique et étiologique de quelques formes de solarites. Importance de la recherche des battements épigastriques*, Thèse, Paris, 1931.
- LAIGNEL-LAVASTINE : *Recherches sur le plexus solaire*, Thèse Paris 1903. — *Conférences de sympathologie*.
- LÆPER : *Leçons de pathologie digestive*, 1911 à 1922.
- MATHIEU et J.-C. ROUX : *Pathologie gastro-intestinale. Clinique et thérapeutique*, 1909. 1^o La sensibilité du plexus solaire, 2^o L'hyperesthésie du plexus solaire et l'aorlite abdominale.
- MONTEUUIS : *Entero-ptose ou maladie de Glénard*. Baillière, 1897.
- MOUTIER : Essai clinique et thérapeutique sur les crises solaires, leur traitement par l'ésérine (*Archives des Maladies de l'appareil digestif*, 1920).
- OURY et J. COTTET : La valeur sémiologique des battements épigastriques de l'aorte abdominale (*Société de gastro-entérologie*, séance du 14 mars 1932).
- J. RENARD : *Le Syndrome sympathique dans les affections gastriques*.
- A. R. SALMON : Diagnostic des crises solaires (*Journal médical français*, août 1928).
- TADDÉE : Sympathicose abdominale (*Presse médicale*, 23 janvier 1932).
- TERMIER : *Chirurgie du sympathique dans les névralgies et syndromes douloureux*. (Thèse Lyon 1900).
- TRÉMOLIÈRES et J. DROUARD : Epigastralgie et douleur du carrefour sous-hépatique (*Journal médical français*, août 1928).
- TRÉMOLIÈRES et A.-R. SALMON : Diagnostic des syndromes douloureux chroniques du carrefour supérieur de l'abdomen (*Journal médical français*, août 1928).
- J. TURRIÈS : Les coelialgies syphilitiques. (*Archives des maladies du tube digestif*, avril 1932, n^o 22).

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	9
Historique.....	11
Etude clinique	18
Etiologie.....	26
Pathogénie.....	33
Formes cliniques	39
Diagnostic.....	42
Traitement.....	50
Observations.....	57
Conclusions	66
Bibliographie.....	69

